

диальной дисфункции и тем самым профилактирует снижение метаболического потенциала легких. Таким образом, дифференцированное применение обоих методов экстракорпоральной гемокоррекции для протезирования метаболических функций легких может выглядеть весьма перспективным.

Литература

- Зильбер А. П. Респираторная медицина: «Этюды критической медицины». Петрозаводск, 1996. Кн. 2. 488 с.
- Пллариинова В. Е. Основы лазерной терапии. М., 1992. 127 с.
- Минц Р. Н., Скопцова С. А. Структурная альтерация биологических жидкостей и их моделей при информационных воздействиях. 1. Гелий-неоновый лазер // Действие электромагнитного излучения на биологические объекты и лазерная медицина. Владивосток, 1989. С. 6–41.
- Сыромятникова Н. В., Гончарова В. А., Котенко Т. В. Метаболическая активность легких. Л., 1987. 168 с.
- Чаленко В. В. Классификация острых нарушений органов и систем при синдроме полиорганной недостаточности // Анестезиол. и реаниматол. 1998. № 2. С. 25–30.
- Abraham E., Park Y. C., Covington P. et al. Liposomal prostaglandin E in acute respiratory distress syndrome: a placebo-controlled, randomized, double-blind, multicenter clinical trial. Crit. Care Med. 1996. Vol. 24, № 1. P. 10–15.
- Bone R. Toward a theory regarding the pathogenesis of the systemic inflammatory response: what we do and do not know about cytokine regulation // Ibid. P. 163–172.
- Cerra F. Hypermetabolism – organ failure syndrome: metabolic response to injury // Surgery. 1991. Vol. 185. P. 47–55.
- Fink A., Geva D., Zuag A. et al. Adult respiratory distress syndrome: roles of leukotriene C₄ and platelet activating factor // Crit. Care Med. 1990. Vol. 18, № 9. P. 905–910.

И. Н. Лейдерман

Лаборатория нутритивной поддержки (Екатеринбург)

К ВОПРОСУ ОБ ИЗЛИШНЕЙ ИНВАЗИВНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ЗАТРАТ НА НЕКОТОРЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В УСЛОВИЯХ ОРИТ

Нутритивная поддержка представляет собой обязательный компонент в комплексе интенсивной терапии критических состояний. Одной из задач лаборатории нутритивной поддержки – филиала Российской ассоциации парентерального и энтерального питания, является оказание лечебно-консультативной помощи в реанимационных отделениях ЛПУ города и области. На сегодняшний день врачи нашей лаборатории занимаются составлением программы нутритивной поддержки в ОРИТ самого разного профиля. При составлении программы парентерального и энтерального питания больных реанимационных отделений предварительно оценивается общее состояние каждого больного, количество и выраженность органических дисфункций, динамика основного процесса, истинная энергопотребность и потребность в основных нутриентах, тем самым создается максимальная патогенетическая база для назначения того или иного вида парентерального, энтерального питания или назначения фармаконутриентов. Целесообразность назначения

любой питательной среды должна подкрепляться обязательной оценкой параметров нутритивного статуса: уровней альбумина, общего белка, трансферрина сыворотки крови, общим количеством лимфоцитов в периферической крови, показателем экскреции азота с мочой, дефицитом массы тела, иначе крайне сложно доказать и показать необходимость и эффективность проводимой нутритивной терапии.

Поскольку любой вариант нутритивной поддержки влечет за собой дополнительную водную нагрузку, мы всегда предварительно анализируем лист назначений – важнейший лечебный формуляр в ОРИТ. К сожалению, вне зависимости от профиля реанимационного отделения, от квалификации медицинского персонала, одна проблема заставляет серьезно задуматься и критически оценить весь комплекс проводимых лечебных методик.

Полиплагмазия – одновременное назначение пациенту большого количества лекарственных средств, зачастую без всяких показаний, без ка-

кой-либо патогенетической направленности, без учета возможных опасных химических взаимодействий. Порой в листе назначений можно насчитать до 12 – 15 лекарственных средств, и все это делается исключительно с благими намерениями.

Основной задачей врача-интенсивиста является одновременное обеспечение пациента адекватным потоком кислорода (коррекция анемии, гиповолемии, ИВЛ, инотропная поддержка и др.), энергии и нутриентов, при условии адекватной этнотропной терапии (санация инфекционного очага, детоксикация, антибиотикотерапия и т. д.). Все иные лечебные мероприятия, не встраивающиеся в данную систему представлений о критическом состоянии, должны проходить крайне корректную и глубокую оценку безопасности и эффективности в клинических условиях. И наиболее удобным для такой оценки инструментом является система критериев доказательной медицины (Evidence Based Medicine), убедительно показывающая необходимость проведения мультицентровых проспективных, контролируемых, рандомизированных исследований с двойным слепым контролем до внедрения в клиническую практику любого нового лекарственного средства и метода лечения. Иначе сегодня нельзя, поскольку существует реальная опасность «утопить» больного в океане лекарств и методов лечения. В данной статье нам хотелось бы остановиться только на некоторых, наиболее часто встречающихся в практике ОРИТ ошибках.

Назначение инфузий свежезамороженной плазмы и альбумина. Сегодня эти коллоиды нередко включают в программу инфузионной терапии по показаниям, не имеющим никакого отношения к реальному фармакологическому эффекту. Согласно данным статистики г. Екатеринбурга, соотношение потребления стационарами криоплазмы и эритроцитарной массы составляет 2:1, в то время как в европейских странах и США криоплазмы переливают в среднем в 2 раза меньше, чем эритроцитарной массы. Таким безудержным включением свежезамороженной плазмы в инфузионную терапию (как донатора белка, для коррекции острой гиповолемии, с целью парентерального питания) мы абсолютно необоснованно подвергаем наших пациентов риску крайне серьезных осложнений. Единственным признанным Американским и Европейским обществами трансфузионной медицины показанием использования криоплазмы является наличие лабора-

торно документированного дефицита факторов свертывания крови или ингибиторов (антитромбин-III, протенины С и S, С1-эстераза) при отсутствии специфического препарата.

Рутинные показания к применению растворов альбумина также в настоящее время подвергаются существенным коррективам. Если еще 5 лет назад альбумин рекомендовали назначать при гипоальбуминемии менее 30 – 28 г/л, то сегодня, согласно данным Cochrane Collaboration Reviews – Albumine Usage (1999), этот порог снизился до 20 г/л. Кроме того, данные, полученные A. F. Grootendorst et al. (1998), показывают наличие слабой корреляционной связи между уровнями сывороточного альбумина и значениями коллоидно-осмотического давления у реанимационных пациентов ($r=0,56$, $p<0,001$).

Плазмозамещение гемодез с так называемым «дезидетоксикационным» действием. На сегодняшний день очевидно, что синдром интоксикации вызывают не какие-то мифические токсины, а около 200 медиаторов системного воспалительного ответа — цитокины, эйкозаноиды, перекиси и т. д. Ни один из этих медиаторов, вследствие особенностей своей молекулярной структуры, не может сорбироваться молекулами поливинилпирролидона. Кроме того, до настоящего времени не проведено ни одного рандомизированного, контролируемого, проспективного исследования, доказывающего достоверное уменьшение уровня интоксикации и улучшение результатов лечения у больных в критических состояниях после инфузии раствора гемодеза или неогемодеза.

Витаминотерапия. Витамины, безусловно, являются важными составляющими системы гомеостаза. Однако необходимо помнить, что все смеси для энтерального питания (нутризон, нутрилан, нутридринок, стрессон) полностью сбалансированы по составу витаминов и микроэлементов, поэтому нерационально и малоэффективно назначение парентеральных витаминов при проведении энтерального варианта нутритивной поддержки.

Метаболическая терапия (солкосерил, эссенциале, актовегин и пр.).

Актовегин — депротенинизированный гемодериват из телячьей крови с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых кислот.

Солкосерил — стандартизированный депротенинизированный гемодинализат из крови телят.

Эссенциале — эссенциальные фосфолипиды в сочетании с витаминами (В₁, В₆, В₁₂, Е, никотиновая кислота).

Согласно аннотациям этих препаратов их фармакологические эффекты и показания к применению столь же глобальны и обширны, как и у известных пищевых добавок. Однако анализ данных отечественной и зарубежной литературы (Medline, Medweb, Health Gate и другие базы данных) не позволил нам найти ни одного клинически и статистически значимого с позиций доказательной медицины исследования, подтверждающего положительные клинические эффекты указанных выше препаратов у больных ОРИТ, находящихся в критических состояниях. Высокая стоимость этих лекарственных средств, их

реальная химическая структура, отсутствие доказательств истинной эффективности не позволяют нам включать актовегин, солкосерил, эссенциале в протоколы терапии критических состояний. Кроме того, никакого отношения к «метаболической терапии» они не имеют, поскольку не участвуют ни в одном принципиально значимом цикле обмена веществ.

Таким образом, рациональный и обдуманный подход к проводимой интенсивной терапии с внимательной оценкой качества и показаний к применению каждого лекарственного средства и метода лечения — единственный правильный путь решения современных задач по обеспечению эффективного и безопасного лечения больных в критических состояниях.

И. Н. Лейдерман, Д. А. Вишницкий

Лаборатория нутритивной поддержки (Екатеринбург)

МЕТАБОЛИЧЕСКИ АДАПТИРОВАННАЯ НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА У ПАЦИЕНТОВ ОРИТ С ОСТРЫМ ЛЕГОЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕПТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Пациенты с дыхательной недостаточностью, обусловленной острым легочным повреждением септического происхождения, представляют собой наиболее сложный контингент больных ОРИТ. Связанные с дыхательной дисфункцией расстройства обмена веществ и проведение продленной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) у этих больных делают необходимым компонентом терапии адекватную нутритивную (метаболическую) поддержку. Корректированные по типу органной дисфункции методики парентерального и энтерального питания открывают новые перспективы в лечении данной патологии.

Мы попытались оценить с позиций доказательной медицины (Evidence Based Medicine) реальные эффекты использования ранней энтеральной и парентеральной нутритивной поддержки, скорректированной по дыхательной дисфункции и включающей:

- использование сред для парентерального и энтерального питания, обогащенных триглицеридами со средней длиной цепи (МСТ);
- меньшее количество углеводов и большее количество липидов как донаторов энергетического материала с целью снижения выраженнос-

ти гиперкапнии и значений респираторного коэффициента.

Дизайн исследования: проспективное, рандомизированное, контролируемое.

Критерии включения в исследование: наличие у больного острого легочного повреждения (ОЛП), требующего проведения продленной ИВЛ. Критериями ОЛП, по данным Американско-Европейской согласительной конференции по респираторному дистресс-синдрому (Брюссель, 1994) являются:

- 1) наличие билатеральных легочных инфильтратов;
- 2) снижение коэффициента оксигенации $\text{pO}_2 / \text{FiO}_2$ менее 300.

Наличие тяжелого сепсиса оценивалось согласно критериям R. Bone (American College of Chest Physicians / Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis // Chest. 1992. Vol. 101. P. 1644–1655).

Возраст пациентов: 18–70 лет.

Исходная тяжесть состояния: не менее 10 и не более 22 баллов по шкале APACHE-II и не менее 3 и не более 10 баллов по шкале SOFA...